

BAB I

LATAR BELAKANG

A. Latar Belakang Masalah

Keberhasilan program kesehatan ibu dapat dinilai melalui indikator utama Angka Kematian Ibu (AKI). Kematian ibu dalam indikator ini didefinisikan sebagai semua kematian selama periode kehamilan, persalinan, dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolannya tetapi bukan karena sebab lain seperti kecelakaan atau insiden. Angka Kematian Ibu (AKI) adalah semua kematian dalam ruang lingkup tersebut di setiap 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI 2020a).

Pembahasan *Sustainable Development Programs* (SDGs) kesehatan salah satunya yaitu pada 2030 mengurangi angka kematian ibu hingga di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup (KH) dan mengakhiri kematian bayi dan balita yang dapat di cegah, Menurut hasil analisa sensus penduduk 2015 dalam RAN-PP-AKI (rencana aksi nasional percepatan penurunan AKI dan AKB pada tahun 2015 adalah 32 per 100.000 KH dan target RPJMN (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional) yang ingin di capai pada tahun 2024 nanti adalah 16 kematian setiap 1000 kelahiran (Kemenkes RI 2020b).

Di Indonesia jumlah AKI pada tahun 2020 menunjukkan 4.627 kasus kematian sebagian besar penyebab kematian ibu disebabkan oleh penyebab lain-lain sebesar 34,2%, perdarahan sebesar 28,7%, hipertensi dalam kehamilan sebesar 23,9%, dan infeksi sebesar 4,6% (Kemenkes RI 2021). Angka Kematian Ibu (AKI) saat ini masih jauh dari target Tujuan Pembangunan Berkelanjutan/*Sustainable Development Goals* (SDGs) (Kemenkes Kesehatan RI 2020).

Upaya percepatan penurunan AKI dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, seperti pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, perawatan pasca persalinan bagi ibu

dan bayi, perawatan khusus dan rujuk jika terjadi komplikasi, dan pelayanan keluarga berencana termasuk KB pasca salin (Kemenkes RI 2020b). Faktor penyebab AKI diantaranya komplikasi selama kehamilan dan persalinan. Faktor penyebab langsung tingginya AKI adalah perdarahan sebesar 45% terutama perdarahan pospartum, preeklamsia sebesar 24% dan infeksi 11% serta partus lama yaitu sebesar 7% (Kementerian Kesehatan RI 2020). Kematian ibu langsung adalah sebagai intervensi atau penanganan tidak tepat dari komplikasi tersebut. Kematian ibu tidak langsung merupakan akibat dari penyakit yang sudah ada atau penyakit yang timbul sewaktu kehamilan yang berpengaruh terhadap kehamilan, misalnya malaria, anemia, HIV/AIDS dan penyakit kardiovaskuler.

Penyebab langsung kematian ibu adalah komplikasi yang terjadi saat hamil, persalinan, dan nifas. Penyebab tidak langsung yang bisa menyebabkan kematian ibu misalnya tiga terlambat (3T) dan empat terlalu (4T). Tiga terlambat yaitu terlambat membuat keputusan untuk merujuk oleh keluarga, terlambat menuju fasilitas kesehatan, dan terlambat dalam mendapatkan pertolongan medis. Sedangkan empat terlalu yaitu wanita terlalu muda untuk hamil (usia yang masih kurang dari 20 tahun), wanita terlalu tua untuk hamil (usia yang lebih dari 35 tahun), wanita terlalu banyak melahirkan anak (lebih dari 3 anak), dan wanita yang hamil dengan jarak anak sangat dekat < 2 tahun atau sangat jauh > 5 tahun (Susanto 2019a).

Usia ibu > 35 tahun berpengaruh terhadap kejadian kematian perinatal. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa kehamilan diatas 35 tahun merupakan salah satu faktor risiko kematian perinatal karena kehamilan pada usia > 35 tahun lebih memungkinkan terjadinya keguguran, bayi lahir mati atau cacat, dan kematian ibu. Penelitian Sibuea (2018) juga memperlihatkan risiko untuk terjadi kematian neonatal pada ibu yang berusia < 20 tahun atau > 35 tahun, 1,5 kali lebih besar daripada ibu yang berusia 20-34 tahun (Sibuea, Tendean, and Wagey 2018). Usia ibu merupakan salah satu faktor risiko terjadinya abortus

(Ratnasari 2020a). Usia reproduksi sehat merupakan usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah pada rentang usia 20-35 tahun. Wanita yang hamil pada usia muda yaitu 35 tahun, elastisitas dari otot-otot panggul dan sekitarnya serta alat-alat reproduksi pada umumnya mengalami kemunduran. Selain itu pada usia ini wanita yang hamil akan rentan mengalami komplikasi antenatal berupa abortus. Frekuensi abortus secara klinis bertambah 12% pada wanita yang berusia (Cunningham 2018). Usia yang terlalu tua dalam akses pelayanan kebidanan termasuk dalam faktor resiko tinggi yang dapat memberikan berbagai dampak bagi keselamatan ibu dan bayi. Adanya faktor resiko ini juga dapat mempengaruhi nilai mortalitas (AKI dan AKB), serta morbiditas ibu dan bayi (Dartiwen. 2019a). Dampak bagi ibu yang resiko tinggi yaitu keguguran, partus macet, IUFD, preeklampsia, eklampsia, perdarahan ante partum dan post partum, retensio plasenta, atonia uteri dan KPD. Sedangkan bagi janin yaitu bayi lahir belum cukup bulan (premature) dan Bayi Lahir dengan BBLR (Handayani 2019).

Riwayat abortus sebelumnya merupakan faktor risiko lain yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya abortus pada kehamilan selanjutnya. Risiko abortus meningkat pada wanita yang telah mengalami abortus sebelumnya (Saifuddin 2018) , beberapa penyebab abortus seperti faktor janin yang dapat menyebabkan terjadinya abortus yaitu kelainan genetic hal ini dapat terjadi pada 50%-60% kasus abortus dan faktor ibu, antara lain anemia, kelainan endokrin, imunologi, kelemahan otot leher Rahim, kelainan bentuk Rahim, infeksi yang diduga akibat beberapa virus (Amalia and Sayono 2018). Frekuensi abortus spontan di Indonesia adalah 10%-15% dari 5 juta kehamilan per tahun atau 500.000-750.000. Sementara itu, abortus medikalis sekitar 750.000-1,5 juta per tahun. Frekuensi ini dapat mencapai 50% Ketika diperhitungkan mereka yang hamil sangat awal, terlambat menstruasi beberapa hari sehingga wanita itu sendiri tidak tahu bahwa dia sudah hamil. Angka kematian akibat abortus mencapai 2.500 per tahun (Yanti, 2018)

Kehamilan dengan tinggi badan merupakan salah satu kendala yang menghalangi persalinan pervaginam. Wanita yang memiliki postur tubuh yang pendek yaitu <145 cm cenderung memiliki panggul yang sempit. Panggul yang sempit merupakan salah satu kriteria yang harus diperhatikan sesuai dengan *Hobel's Scoring System For High Risk Pregnancy*. Sebuah penelitian yang melihat tinggi ibu dan berat janin menemukan bahwa tinggi <145 cm memiliki risiko 35% untuk melakukan *section caesarea* darurat (“Keberhasilan Persalinan Pervaginam Di RSUD Dr. Zainoel Abidin” 2023).

Riwayat SC pada kasus ini dikarenakan umur ibu yang terlalu tua sehingga masuk risiko tinggi maka persalinan sebelumnya dilakukan secara SC. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Gina, (2018) yaitu ibu yang mengalami kejadian *sectio caesarea* yang dipengaruhi banyak faktor dari dalam diri ibu yang mengalami persalinan. Dapat disimpulkan bahwa faktor umur, paritas, dan riwayat penyakit dalam penelitian ini faktor merupakan penentu untuk kejadian (Wahyuni, R dan Rohani 2019a). Berdasarkan frekuensi usia Ibu bersalin melalui *Sectio caesarea* didapatkan yang terbanyak dengan karakteristik umur ibu tidak risiko (multigravida) sebanyak 219 atau 71,8%. Hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan distribusi frekuensi menunjukkan umur ibu bersalin yang mengalami riwayat *Sectio caesarea* terdapat pada usia 21 tahun – 34 tahun dan ada faktor lain yang lebih kuat untuk mempengaruhi kejadian *sectio caesarea*. Ibu pada usia 20 – 35 tahun mengalami *sectio caesarea* dikarenakan oleh faktor lain yaitu kondisi kesehatan ibu yang tidak memungkinkan pada usia tersebut salah satunya perdarahan masa hamil dan stress fisik atau mental yang dapat menjadikan ibu akhirnya bersalin sebelum waktunya dan komplikasi kehamilan yang harus dilakukan dengan tindakan operasi *sectio caesarea* (Wahyuni, R dan Rohani 2019b).

Pengakhiran dari kehamilan dengan risiko sangat tinggi salah satunya persalinan dengan SC, hal ini dipertimbangkan dari risiko tingginya kehamilan tersebut. Persalinan SC

membutuhkan pengawasan yang lebih ketat, bukan hanya saat melahirkan saja tetapi juga masa nifas, persalinan SC memiliki risiko lima kali lebih besar terjadi komplikasi disbanding persalinan normal. Faktor yang paling banyak adalah faktor anestesi, pengeluaran darah oleh ibu selama proses operasi, komplikasi penyulit, endometrisis, tromboflebitis, emboli, pemulihan bentuk dan letak Rahim menjadi tidak sempurna (Suarniti, dkk 2021, h. 175)

Melakukan asuhan secara berkelanjutan atau *Continuity Of Care* memastikan ibu dan bayi mendapatkan asuhan kebidanan pada masa kehamilan, persalinan, neonatus, nifas dan KB. *Continuity Of Care* merupakan hal yang mendasar dalam metode praktik kebidanan untuk memberikan asuhan yang holistik, membangun kemitraan yang berkelanjutan untuk memberikan dukungan dan membina hubungan saling percaya antara bidan dan klien (Sujiati 2017).

Setelah melalui masa persalinan ibu mengalami proses masa nifas. Masa nifas merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Diperkirakan bahwa 40% kematian ibu termasuk kehamilan terjadi setelah persalinan (Kemenkes,2021) dan 50% kematian masa nifas terjadi 24 jam. Maka dari itu peran dan tanggungjawab bidan untuk memberikan asuhan kebidanan ibu nifas dengan pemantauan mencegah beberapa kematian ini (Yuliasari dan Nur'aeni,2019). Menurut penelitian Norman, *et al* (2017) risiko komplikasi pada ibu nifas post SC 37,8% lebih tinggi daripada ibu nifas dengan persalinan spontan. Risiko komplikasi yang dapat terjadi pada ibu nifas post SC seperti cedera kandung kemih, cedera pada pembuluh darah, cedera pada usus dan infeksi pada Rahim yang disebabkan oleh bakteri sehingga dapat mengganggu proses involusi uterus.

Asuhan kebidanan tidak hanya dilakukan pada ibu, tetapi juga sangat dibutuhkan untuk bayi baru lahir (BBL). Walaupun sebagian besar proses persalinan terfokus pada ibu, tetapi karena proses tersebut merupakan pengeluaran hasil kehamilan (bayi) maka

penatalaksanaan persalinan baru dapat dikatakan berhasil apabila selain ibunya, bayi yang dilahirkan juga dalam kondisi yang optimal. Memberikan asuhan secara aman, dan bersih untuk BBL merupakan bagian esensial asuhan BBL (Saputri 2020). Bayi dikatakan normal jika berat badan 2.500 – 4.000 gram. Jika <2.500 gram di diagnosa dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). Dsn jiks >4.000 gram bayi di diagnosa dengan bayi besar.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan pada tahun 2023 kasus kematian di Puskesmas Tirto I sangat tinggi dengan kasus risiko tinggi. Dari 27 Puskesmas menunjukkan bahwa ibu hamil keseluruhan 14.067 orang, ibu hamil dengan risiko tinggi 6.299 (44,7%) orang. Berdasarkan data di Puskesmas Tirto I menunjukkan bahwa pravalensi ibu hamil keseluruhan 878 orang periode Januari-Desember 2023, ibu hamil dengan risiko tinggi 422 orang (48 %). Jumlah ibu hamil dengan usia >35 tahun sebanyak 106 (25,1 %) Orang. Jumlah ibu hamil dengan riwayat abortus sebanyak 5 (1,2%) orang. Jumlah ibu hamil dengan riwayat *section caesarea* (SC) sebanyak 47 (11,1%) orang. Jumlah ibu hamil dengan tinggi <144 cm sebanyak 6 (1,4%) orang. Jumlah *prevalensi* ibu bersalin di Puskesmas Tirto I 867 orang periode Januari-Desember 2023. Jumlah ibu nifas normal di Puskesmas Tirto I 867 orang periode Januari-Desember 2023. Jumlah BBL normal berdasarkan *gender* yaitu untuk jumlah bayi baru lahir jenis kelamin laki-laki sebanyak 439 bayi dan untuk bayi baru lahir jenis kelamin perempuan sebanyak 389 bayi. Sehingga total bayi baru lahir periode Januari-Desember 2023 sebanyak 828 bayi. Berdasarkan data RSUD Bendan Kota Pekalongan diperoleh data jumlah kasus operasi *section caesarea* dalam tiga bulan terakhir (bulan Januari sampai dengan Maret 2024) sebanyak 151 pasien. Rata-rata dalam satu bulan sebanyak 50 pasien.

Berdasarkan hal tersebut penulis tertarik untuk menyusun Laporan Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. Y Di Desa Pacar Wilayah Kerja Puskesmas Tirto I Kabupaten Pekalongan”.

BAB I

LATAR BELAKANG

B. Latar Belakang Masalah

Keberhasilan program kesehatan ibu dapat dinilai melalui indikator utama Angka Kematian Ibu (AKI). Kematian ibu dalam indikator ini didefinisikan sebagai semua kematian selama periode kehamilan, persalinan, dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolannya tetapi bukan karena sebab lain seperti kecelakaan atau insiden. Angka Kematian Ibu (AKI) adalah semua kematian dalam ruang lingkup tersebut di setiap 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI 2020a).

Pembahasan *Sustainable Development Programs* (SDGs) kesehatan salah satunya yaitu pada 2030 mengurangi angka kematian ibu hingga di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup (KH) dan mengakhiri kematian bayi dan balita yang dapat di cegah, Menurut hasil analisa sensus penduduk 2015 dalam RAN-PP-AKI (rencana aksi nasional percepatan penurunan AKI dan AKB pada tahun 2015 adalah 32 per 100.000 KH dan target RPJMN (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional) yang ingin di capai pada tahun 2024 nanti adalah 16 kematian setiap 1000 kelahiran (Kemenkes RI 2020b).

Di Indonesia jumlah AKI pada tahun 2020 menunjukkan 4.627 kasus kematian sebagian besar penyebab kematian ibu disebabkan oleh penyebab lain-lain sebesar 34,2%, perdarahan sebesar 28,7%, hipertensi dalam kehamilan sebesar 23,9%, dan infeksi sebesar 4,6% (Kemenkes RI 2021). Angka Kematian Ibu (AKI) saat ini masih jauh dari target Tujuan Pembangunan Berkelanjutan/*Sustainable Development Goals* (SDGs) (Kemenkes Kesehatan RI 2020).

Upaya percepatan penurunan AKI dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, seperti pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, perawatan pasca persalinan bagi ibu

dan bayi, perawatan khusus dan rujuk jika terjadi komplikasi, dan pelayanan keluarga berencana termasuk KB pasca salin (Kemenkes RI 2020b). Faktor penyebab AKI diantaranya komplikasi selama kehamilan dan persalinan. Faktor penyebab langsung tingginya AKI adalah perdarahan sebesar 45% terutama perdarahan pospartum, preeklamsia sebesar 24% dan infeksi 11% serta partus lama yaitu sebesar 7% (Kementerian Kesehatan RI 2020). Kematian ibu langsung adalah sebagai intervensi atau penanganan tidak tepat dari komplikasi tersebut. Kematian ibu tidak langsung merupakan akibat dari penyakit yang sudah ada atau penyakit yang timbul sewaktu kehamilan yang berpengaruh terhadap kehamilan, misalnya malaria, anemia, HIV/AIDS dan penyakit kardiovaskuler.

Penyebab langsung kematian ibu adalah komplikasi yang terjadi saat hamil, persalinan, dan nifas. Penyebab tidak langsung yang bisa menyebabkan kematian ibu misalnya tiga terlambat (3T) dan empat terlalu (4T). Tiga terlambat yaitu terlambat membuat keputusan untuk merujuk oleh keluarga, terlambat menuju fasilitas kesehatan, dan terlambat dalam mendapatkan pertolongan medis. Sedangkan empat terlalu yaitu wanita terlalu muda untuk hamil (usia yang masih kurang dari 20 tahun), wanita terlalu tua untuk hamil (usia yang lebih dari 35 tahun), wanita terlalu banyak melahirkan anak (lebih dari 3 anak), dan wanita yang hamil dengan jarak anak sangat dekat < 2 tahun atau sangat jauh > 5 tahun (Susanto 2019a).

Usia ibu > 35 tahun berpengaruh terhadap kejadian kematian perinatal. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa kehamilan diatas 35 tahun merupakan salah satu faktor risiko kematian perinatal karena kehamilan pada usia > 35 tahun lebih memungkinkan terjadinya keguguran, bayi lahir mati atau cacat, dan kematian ibu. Penelitian Sibuea (2018) juga memperlihatkan risiko untuk terjadi kematian neonatal pada ibu yang berusia < 20 tahun atau > 35 tahun, 1,5 kali lebih besar daripada ibu yang berusia 20-34 tahun (Sibuea, Tendean, and Wagey 2018). Usia ibu merupakan salah satu faktor risiko terjadinya abortus

(Ratnasari 2020a). Usia reproduksi sehat merupakan usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah pada rentang usia 20-35 tahun. Wanita yang hamil pada usia muda yaitu 35 tahun, elastisitas dari otot-otot panggul dan sekitarnya serta alat-alat reproduksi pada umumnya mengalami kemunduran. Selain itu pada usia ini wanita yang hamil akan rentan mengalami komplikasi antenatal berupa abortus. Frekuensi abortus secara klinis bertambah 12% pada wanita yang berusia (Cunningham 2018). Usia yang terlalu tua dalam akses pelayanan kebidanan termasuk dalam faktor resiko tinggi yang dapat memberikan berbagai dampak bagi keselamatan ibu dan bayi. Adanya faktor resiko ini juga dapat mempengaruhi nilai mortalitas (AKI dan AKB), serta morbiditas ibu dan bayi (Dartiwen. 2019a). Dampak bagi ibu yang resiko tinggi yaitu keguguran, partus macet, IUFD, preeklampsia, eklampsia, perdarahan ante partum dan post partum, retensio plasenta, atonia uteri dan KPD. Sedangkan bagi janin yaitu bayi lahir belum cukup bulan (premature) dan Bayi Lahir dengan BBLR (Handayani 2019).

Riwayat abortus sebelumnya merupakan faktor risiko lain yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya abortus pada kehamilan selanjutnya. Risiko abortus meningkat pada wanita yang telah mengalami abortus sebelumnya (Saifuddin 2018) , beberapa penyebab abortus seperti faktor janin yang dapat menyebabkan terjadinya abortus yaitu kelainan genetic hal ini dapat terjadi pada 50%-60% kasus abortus dan faktor ibu, antara lain anemia, kelainan endokrin, imunologi, kelemahan otot leher Rahim, kelainan bentuk Rahim, infeksi yang diduga akibat beberapa virus (Amalia and Sayono 2018). Frekuensi abortus spontan di Indonesia adalah 10%-15% dari 5 juta kehamilan per tahun atau 500.000-750.000. Sementara itu, abortus medikalis sekitar 750.000-1,5 juta per tahun. Frekuensi ini dapat mencapai 50% Ketika diperhitungkan mereka yang hamil sangat awal, terlambat menstruasi beberapa hari sehingga wdanita itu sendiri tiak tahu bahwa dia sudah hamil. Angka kematian akibat abortus mencapai 2.500 per tahun (Yanti, 2018)

Kehamilan dengan tinggi badan merupakan salah satu kendala yang menghalangi persalinan pervaginam. Wanita yang memiliki postur tubuh yang pendek yaitu <145 cm cenderung memiliki panggul yang sempit. Panggul yang sempit merupakan salah satu kriteria yang harus diperhatikan sesuai dengan *Hobel's Scoring System For High Risk Pregnancy*. Sebuah penelitian yang melihat tinggi ibu dan berat janin menemukan bahwa tinggi <145 cm memiliki risiko 35% untuk melakukan *section caesarea* darurat (“Keberhasilan Persalinan Pervaginam Di RSUD Dr. Zainoel Abidin” 2023).

Riwayat SC pada kasus ini dikarenakan umur ibu yang terlalu tua sehingga masuk risiko tinggi maka persalinan sebelumnya dilakukan secara SC. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Gina, (2018) yaitu ibu yang mengalami kejadian *sectio caesarea* yang dipengaruhi banyak faktor dari dalam diri ibu yang mengalami persalinan. Dapat disimpulkan bahwa faktor umur, paritas, dan riwayat penyakit dalam penelitian ini faktor merupakan penentu untuk kejadian (Wahyuni, R dan Rohani 2019a). Berdasarkan frekuensi usia Ibu bersalin melalui *Sectio caesarea* didapatkan yang terbanyak dengan karakteristik umur ibu tidak risiko (multigravida) sebanyak 219 atau 71,8%. Hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan distribusi frekuensi menunjukkan umur ibu bersalin yang mengalami riwayat *Sectio caesarea* terdapat pada usia 21 tahun – 34 tahun dan ada faktor lain yang lebih kuat untuk mempengaruhi kejadian *sectio caesarea*. Ibu pada usia 20 – 35 tahun mengalami *sectio caesarea* dikarenakan oleh faktor lain yaitu kondisi kesehatan ibu yang tidak memungkinkan pada usia tersebut salah satunya perdarahan masa hamil dan stress fisik atau mental yang dapat menjadikan ibu akhirnya bersalin sebelum waktunya dan komplikasi kehamilan yang harus dilakukan dengan tindakan operasi *sectio caesarea* (Wahyuni, R dan Rohani 2019b).

Pengakhiran dari kehamilan dengan risiko sangat tinggi salah satunya persalinan dengan SC, hal ini dipertimbangkan dari risiko tingginya kehamilan tersebut. Persalinan SC

membutuhkan pengawasan yang lebih ketat, bukan hanya saat melahirkan saja tetapi juga masa nifas, persalinan SC memiliki risiko lima kali lebih besar terjadi komplikasi disbanding persalinan normal. Faktor yang paling banyak adalah faktor anestesi, pengeluaran darah oleh ibu selama proses operasi, komplikasi penyulit, endometrisis, tromboflebitis, emboli, pemulihan bentuk dan letak Rahim menjadi tidak sempurna (Suarniti, dkk 2021, h. 175)

Melakukan asuhan secara berkelanjutan atau *Continuity Of Care* memastikan ibu dan bayi mendapatkan asuhan kebidanan pada masa kehamilan, persalinan, neonatus, nifas dan KB. *Continuity Of Care* merupakan hal yang mendasar dalam metode praktik kebidanan untuk memberikan asuhan yang holistik, membangun kemitraan yang berkelanjutan untuk memberikan dukungan dan membina hubungan saling percaya antara bidan dan klien (Sujiati 2017).

Setelah melalui masa persalinan ibu mengalami proses masa nifas. Masa nifas merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Diperkirakan bahwa 40% kematian ibu termasuk kehamilan terjadi setelah persalinan (Kemenkes,2021) dan 50% kematian masa nifas terjadi 24 jam. Maka dari itu peran dan tanggungjawab bidan untuk memberikan asuhan kebidanan ibu nifas dengan pemantauan mencegah beberapa kematian ini (Yuliasari dan Nur'aeni,2019). Menurut penelitian Norman, *et al* (2017) risiko komplikasi pada ibu nifas post SC 37,8% lebih tinggi daripada ibu nifas dengan persalinan spontan. Risiko komplikasi yang dapat terjadi pada ibu nifas post SC seperti cedera kandung kemih, cedera pada pembuluh darah, cedera pada usus dan infeksi pada Rahim yang disebabkan oleh bakteri sehingga dapat mengganggu proses involusi uterus.

Asuhan kebidanan tidak hanya dilakukan pada ibu, tetapi juga sangat dibutuhkan untuk bayi baru lahir (BBL). Walaupun sebagian besar proses persalinan terfokus pada ibu, tetapi karena proses tersebut merupakan pengeluaran hasil kehamilan (bayi) maka

penatalaksanaan persalinan baru dapat dikatakan berhasil apabila selain ibunya, bayi yang dilahirkan juga dalam kondisi yang optimal. Memberikan asuhan secara aman, dan bersih untuk BBL merupakan bagian esensial asuhan BBL (Saputri 2020). Bayi dikatakan normal jika berat badan 2.500 – 4.000 gram. Jika <2.500 gram di diagnosa dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). Dsn jiks >4.000 gram bayi di diagnosa dengan bayi besar.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan pada tahun 2023 kasus kematian di Puskesmas Tirto I sangat tinggi dengan kasus risiko tinggi. Dari 27 Puskesmas menunjukkan bahwa ibu hamil keseluruhan 14.067 orang, ibu hamil dengan risiko tinggi 6.299 (44,7%) orang. Berdasarkan data di Puskesmas Tirto I menunjukkan bahwa pravalensi ibu hamil keseluruhan 878 orang periode Januari-Desember 2023, ibu hamil dengan risiko tinggi 422 orang (48 %). Jumlah ibu hamil dengan usia >35 tahun sebanyak 106 (25,1 %) Orang. Jumlah ibu hamil dengan riwayat abortus sebanyak 5 (1,2%) orang. Jumlah ibu hamil dengan riwayat *section caesarea* (SC) sebanyak 47 (11,1%) orang. Jumlah ibu hamil dengan tinggi <144 cm sebanyak 6 (1,4%) orang. Jumlah *prevalensi* ibu bersalin di Puskesmas Tirto I 867 orang periode Januari-Desember 2023. Jumlah ibu nifas normal di Puskesmas Tirto I 867 orang periode Januari-Desember 2023. Jumlah BBL normal berdasarkan *gender* yaitu untuk jumlah bayi baru lahir jenis kelamin laki-laki sebanyak 439 bayi dan untuk bayi baru lahir jenis kelamin perempuan sebanyak 389 bayi. Sehingga total bayi baru lahir periode Januari-Desember 2023 sebanyak 828 bayi. Berdasarkan data RSUD Benda Kota Pekalongan diperoleh data jumlah kasus operasi *section caesarea* dalam tiga bulan terakhir (bulan Januari sampai dengan Maret 2024) sebanyak 151 pasien. Rata-rata dalam satu bulan sebanyak 50 pasien.

Berdasarkan hal tersebut penulis tertarik untuk menyusun Laporan Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. Y Di Desa Pacar Wilayah Kerja Puskesmas Tirto I Kabupaten Pekalongan”.

